

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

THÈSE

14

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

JUNDT PAUL

Né à SAINT-CLOUD (Seine-et-Oise), le 26 Février 1906.

Gestation et Accouchement
chez les Primipares âgées

Président : M. COUVELAIRE, Professeur



PARIS
IMPRIMERIE MAURICE BRENNER & Cie
25, Passage du Grand-Cerf

—
1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

JUNDT PAUL

Né à SAINT-CLOUD (Seine-et-Oise), le 26 Février 1906.

Gestation et Accouchement chez les Primipares âgées

Président : M. COUVELAIRE, Professeur



PARIS
IMPRIMERIE MAURICE BRENNER & Cie
25, Passage du Grand-Cerf

—
1934

I. - PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	ROUVIÈRE.
Physiologie	PROUST.
Physique médicale	BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	N...
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CLERC.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	LOEPER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
Clinique médicale	MAUF, VILLARET
	CARNOT.
	BESANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.

Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	MM.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	LENORMANT.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	LÉON BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	VERNE.

II. - AGRÉGÉS EN EXERCICE

ALAJOUANINE.	Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN.	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri.	Pathologie médicale.
BROCC.	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.	Pathologie médicale.
BUSQUET.	Pharmacologie.
CADENAT.	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.	Pathologie médicale.
CHABROL.	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
CHEVALLIER.	Pathologie médicale.
DOGNON.	Physique.
DONZELOT.	Pathologie médicale.
ECALLE.	Obstétrique.
FEY.	Urologie.
GASTINEL.	Bactériologie.
GATELLIER.	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART	
D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.	Histologie.
HALPHEN.	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER.	Pathologie médicale.
HAZARD.	Pharmacologie.
HUGUENIN.	Anatomie pathologique.
JOANNON.	Hygiène.

MM.	
LABBÉ Henri.	Chimie biologique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LEVEUF.	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
LIAN.	Pathologie médicale.
MONDOR.	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.	Pathologie chirurgicale.
OBERLING.	Anatomie pathologique.
OLIVIER.	Anatomie.
PIÉDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES.	Obstétrique.
QUÉNU.	Pathologie chirurgicale.
RICHET.	Physiologie.
SANNIÉ.	Chimie biologique.
SÉZARY.	Dermatologie et syphiligraphie
TROISIER.	Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY RADOT (Pasteur).	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique.
VELTER.	Ophtalmologie.
VIGNES.	Obstétrique.

III. - AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

LEQUEUX.	Obstétrique.	REITERER.	Histologie.
LEROUX.	Anatomie pathologique.	ZIMMERN.	Physique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.		
IV. - Agrégés chargés de Cours de Clinique annexe à titre permanent			
ABRAMI.	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
CHIRAY.	Clinique médicale.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
DUVOIR.	Clinique médicale.	LE LORIER.	Clinique obstétricale.
BASSET.	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL.	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.	METZGER.	Clinique obstétricale.
MOCQUOT.	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT.	

V. - CHARGÉS DE COURS

FREY.	Stomatologie.	LEDoux LEbARD	Radiologie clinique.
CHAILLEY-BERT, agrégé	Educution physique.	WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes parents.

A tous les miens.

A mes amis.

A notre Maître et Président de thèse,

M. le Professeur A. COUVELAIRE,

Professeur de Clinique obstétricale
Accoucheur de la Maternité Baudelocque
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a reçu avec tant de bienveillance
dans son service et nous a fait le grand
honneur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

*Témoignage de notre profonde recon-
naissance.*

A notre Maître, M. le Professeur agrégé LE LORIER,

Accoucheur. — Professeur en Chef de la Maternité.

Officier de la Légion d'Honneur.

*Pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous
témoigner au cours de nos études,
témoignage de notre respectueuse affec-
tion et de notre gratitude.*

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

STAGE

M. le Professeur HARTMANN.

M. le Professeur SERGENT.

M. le Professeur agrégé ALGLAVE.

EXTERNAT

M. le Docteur SAUVÉ.

M. le Professeur LECENE (*in memoriam*).

M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE.

M. le Docteur J. RENAULT.

M. le Professeur agrégé LE LORIER.

M. le Docteur ROUHIER.

M. le Professeur COUVELAIRE.

M. le Docteur LOUSTE.

A M. le Docteur LACOMME

Professeur Agrégé, Accoucheur des Hôpitaux

A M. le Docteur SUREAU

Chef de Laboratoire à la Faculté.

A MM. les Docteurs :

GÉRARD-MARCHANT, DECOURT, SCHMITE.

A M. le Docteur A. ROLLIER,

Médecin Directeur des Etablissements Héliothérapiques de Leysin,

Hommage reconnaissant.

A M. le Docteur DELION,

Qui m'a fait bénéficier de sa précieuse expérience,

*Témoignage de reconnaissance
et d'affection.*

A M. le Médecin Lieutenant-Colonel MATHIEU,

Chirurgien des Hôpitaux Militaires,

*En souvenir d'une collaboration
de neuf mois.*

GESTATION ET ACCOUCHEMENT

CHEZ LES

PRIMIPARES AGÉES

I

Définition de la primipare âgée

Quel âge convient-il d'adopter comme limite inférieure pour définir la primipare âgée? Celui qui a été adopté par les auteurs qui nous ont précédé varie entre 28 et 31 ans. Toutefois, le plus grand nombre a adopté celui de 30 ans; c'est également le nôtre. C'est en effet vers la trentième année que s'individualisent cliniquement les fibromes utérins qui exerceront une grande influence sur l'accouchement de ces primipares. Sur les 16.363 observations que nous avons relevées, la présence de fibromes n'a jamais été reconnue avant 29 ans révolus. C'est pourquoi nous avons retenu l'âge de 30 ans comme limite inférieure de définition de la primipare âgée.

Pour établir nos résultats nous avons analysé la série ininterrompue d'accouchements qui se sont effectués de 1925 à 1930 inclus dans le service de M. le Professeur Couvelaire, à la Clinique Baudelocque. Pendant ces six années consécutives, il s'est fait 16.363 accouchements sur lesquels on trouve un nombre

global de 878 primipares âgées, ce qui donne, par rapport à toutes les parturientes, la proportion suivante de primipares âgées :

878 pour 16.363, soit 5,4 pour 100.

Comparée à celles des divers auteurs, notre proportion de 5,4 pour 100 par rapport à toutes les parturientes est sensiblement plus forte.

Courtade donnait 2,7 pour 100.

Caillods 2,9 pour 100.

Dubé 2,9 pour 100.

II

Des raisons pour lesquelles certaines femmes ne deviennent enceintes qu'après la trentaine

Est-il possible de donner une cause précise à la primiparité tardive? Il semble difficile, parmi un si grand nombre de conditions incriminées, toutes variables au plus haut point, de découvrir de véritables relations de cause à effet entre elles et la primiparité tardive. La plupart des auteurs ont cru remarquer qu'il y avait un certain rapport entre la date d'apparition des premières règles et la première gestation.

En France, on admet généralement que la période moyenne d'apparition des règles se trouve aux environs de 14 ans. Notre statistique nous a montré que sur 878 primipares âgées, la moitié avait été réglée entre 11 et 14 ans, et l'autre moitié entre 15 et 20 ans.

Il faut noter qu'un sixième environ des primipares âgées signalent des périodes d'aménorrhée, suivant de quelques mois à plusieurs années la date d'apparition des premières règles. L'apparition tardive des règles serait plus fréquente chez les primipares âgées que chez les autres. C'est chez elles que l'on observe

les époques les plus reculées d'apparition des règles; une cinquantaine voit en effet la menstruation s'établir aux environs de 20 ans.

De tels résultats, sensiblement identiques à ceux de la plupart des auteurs, peuvent peut-être permettre de voir un certain rapport entre l'apparition tardive des règles et la primiparité tardive.

La métrite chronique du col utérin a aussi été invoquée comme cause de primiparité tardive. Signalons que sur 878 primipares âgées, nous avons trouvé dans les antécédents de 13 d'entre elles une métrite aiguë, 5 fois une salpingite, 5 fois une bartholinite et de la leucorrhée précédant la gestation dans 79 cas.

Sur 878 primipares âgées nous avons trouvé :

à 30 ans	168 observations	à 38 ans	40 observations
à 31 ans	132 —	à 39 ans	24 —
à 32 ans	122 —	à 40 ans	25 —
à 33 ans	87 —	à 41 ans	13 —
à 34 ans	81 —	à 42 ans	12 —
à 35 ans	75 —	à 43 ans	2 —
à 36 ans	51 —	à 44 ans	1 —
à 37 ans	45 —		

III

Difficultés du diagnostic de la gestation chez les primipares âgées

Il est classique d'insister sur la difficulté du diagnostic de gestation chez une femme portant un utérus fibromateux, et c'est une éventualité fréquente chez les primipares âgées. La recherche systématique des fibromes utérins avait permis à Bigex de

donner dans sa thèse — 1899-1900 — une proportion de 11,19 pour 100 aux fibromes reconnus chez les primipares âgées. Il est certain que leur présence peut causer des difficultés pour le diagnostic précoce de la gestation, soit qu'ils modifient le volume de l'utérus, soit qu'ils déterminent un ramollissement partiel de cet organe — fibromes mous.

Le voisinage de la ménopause peut également déterminer une difficulté diagnostique chez ces femmes, nullipares âgées, parfois mal réglées, aspirant à une maternité et qui se persuadent d'une grossesse aux premières irrégularités du flux menstruel, précédant une ménopause précoce.

Les variations d'épaisseur de la paroi abdominale causées par l'obésité, que l'on trouve plus fréquemment à partir de 30 ans, sont également une cause de difficulté diagnostique.

La présence de fibromes très volumineux peut gêner également le diagnostic de présentation; dans deux de nos observations il a fallu recourir à la radiographie pour déterminer le diagnostic exact. Il s'agissait dans les deux cas de siège décomplété avec volumineux fibromes, et déjà M. le Professeur Pinard insistait sur la gêne du diagnostic dans de tels cas.

IV

Evolution de la gestation chez les primipares âgées

Sur les 878 cas de primiparité tardive, il y eut :

782 accouchements à terme,

70 accouchements prématurés,

25 avortements,

1 gestation ectopique.

11 pour 100 des gestations ne sont pas arrivées à terme.

Les avortements des primipares âgées

L'étiologie de ces avortements se répartit ainsi :

Fibromes utérins, 4.

Albuminurie, 4.

Gémellité, 1.

Pyélonéphrite aiguë, 1.

Grippe : hyperthermie 40° plusieurs jours de suite, 1.

12 avortements ont eu une étiologie indéterminée.

2 avortements ont été thérapeutiques pour vomissements graves.

11 de ces avortements ont été au terme approximatif de cinq mois et demi.

21 ont eu lieu en deux temps.

2 ont eu lieu en un temps.

Leur évolution a été spontanée dans 17 cas.

Les 8 autres cas ont nécessité :

4 curages digitaux.

2 curettages.

2 avortements thérapeutiques.

Les suites abortives ont été normales dans 21 cas.

Un avortement a été compliqué de troubles psychiques aigus nécessitant l'internement de la femme.

Il y eut trois décès :

Deux fois par toxémie gravidique, vomissements graves nécessitant l'avortement thérapeutique, et dans les deux cas moins de 18 heures après l'intervention.

Une fois par phénomènes pulmonaires aigus consécutifs à une infection ovulaire marquée.

Les accouchements prématurés des primipares âgées

Sur les 878 primipares âgées, il y eut 70 accouchements prématurés.

L'étiologie de la prématurité s'est établie ainsi :

Albuminurie, 27 cas, dont trois crises éclamptiques convulsives, deux hématomes rétroplacentaires.
17 enfants décédés, 10 vivants.

Syphilis, 10 cas. 5 enfants morts, 5 vivants.

Malformations utérines, 4 cas. 2 enfants morts, 2 vivants.

Placenta inséré bas, 3 cas. 2 enfants morts, 1 vivant.

Bacillose pulmonaire, 2 cas. 1 mort, 1 vivant.

Gémellaire, 1 cas. 2 morts.

Maladie mitrale, 1 cas. 1 vivant.

Cause indéterminée, 20 cas. 13 vivants, 7 morts.

Sur ces 70 enfants :

21 sont mort-nés.

15 décédés avant le quatorzième jour.

34 sont vivants.

De cette statistique, il résulte qu'il y a eu, sur 852 accouchements de primipares âgées, 70 accouchements prématurés, soit 8,4 pour 100, avec une mortalité infantile de plus de moitié : 37 morts pour 34 vivants.

Dans l'étiologie de ces accouchements prématurés, il faut relever l'importance de l'albuminurie qui intervient 27 fois, soit, dans 40 pour 100 des cas.

Complications de la gestation des primipares âgées

Nous laisserons de côté les troubles légers que l'on rencontre à peu près chez toute femme enceinte et nous ne nous occuperons que de ceux qui, par leur influence sur le pronostic maternel et foetal et par les accidents qu'ils peuvent entraîner, méritent le nom de complications.

La plus fréquente a été constituée par l'albuminurie, dont nous avons trouvé 105 cas sur 878 primipares âgées, soit 11,5 pour 100 des cas.

Et 82 cas sur 782 primipares âgées à terme, soit 10,5 pour 100.

Ces proportions sont les mêmes que celles indiquées par H. Caillods dans sa thèse 1907-1908.

Dans 49 cas, l'albuminurie n'a pas donné d'accidents, a régressé ou disparu sous l'influence du régime lacté au cours de la gestation..

Elle a déterminé :

- 4 avortements,
- 27 accouchements prématurés,
- 7 fois l'enfant est né mort et macéré au voisinage du terme.

Il y eut :

- 4 cas d'éclampsie convulsive,
- 3 cas d'hématome rétroplacentaire,
- 15 fois le placenta montra de gros infarctus, sans manifestations cliniques appréciables chez des albuminuriques.

La proportion de 11,5 pour 100 d'albuminuriques chez les primipares âgées est en rapport avec celles des auteurs antérieurs.

Dubé (1895-1896), 10 pour 100.

Caillods (1907-1908), 11,3 pour 100.

auteurs qui concluent qu'une des causes les plus importantes de l'albuminurie gravidique est la primiparité et que l'âge avancé prédisposerait à l'albuminurie.

Il y eut 4 cas d'éclampsie convulsive dans notre statistique, soit 0,5 pour 100, chiffre inférieur à ceux des auteurs qui nous ont précédé et qui concluaient à une prédisposition légèrement plus grande des primipares âgées à l'éclampsie.

Dubé, 1,05 pour 100.

Caillods, 1,5 pour 100.

Il y eut 12 cas de pyélonéphrites colibacillaires; un des cas détermina l'avortement;

4 cas de vomissements;

2 cas de vomissements graves chez des femmes de 32 et 34 ans, déterminant la mort au troisième mois, dans les heures qui suivirent l'interruption de la gestation;

2 cas de vomissements cédèrent au traitement médical et à l'isolement;

4 cas d'hydramnios à marche lente, dont un chez une spécifique traitée;

9 cas de placenta insérés sur le segment inférieur donnèrent des accidents au cours de la gestation :

2 au septième mois, avec accouchements prématurés;

7 au cours du neuvième mois, avec un accouchement prématuré.

Dans 58 cas au cours de la gestation, il fut diagnostiqué des fibromes utérins, soit 7 pour 100 des cas pour notre statistique.

Dubé,	3,5	pour 100.
Caillods,	4,5	pour 100.
Bigex,	11,19	pour 100.

Dans 23 cas, ils ne donnèrent lieu à aucune manifestation durant la gestation.

Sur les 32 autres cas, il y eut :

- 4 avortements,
- 2 accouchements prématurés.

Dans les 26 cas restants, ils se manifestèrent par des signes fonctionnels, le plus généralement des douleurs apparues au cours du quatrième ou du cinquième mois, parfois, mais plus rarement, dès le troisième mois.

Sur ces 26 cas, il y eut 4 myomectomies, dont une pour fibrome pédiculé tordu, interventions pratiquées aux environs du cinquième mois, et toutes suivies de l'évolution de la gestation à terme;

Un cas de fibrome praevia au cinquième mois, ascensionné au septième mois;

Un cas de fibrome adhérent au fond du Douglas, déterminant de la pollakiurie et de la constipation opiniâtre.

Il y eut :

- 3 kystes de l'ovaire opérés pour torsion;
- 1 hydrosalpinx tordu, également opéré.

Ces quatre interventions ont été suivies d'une évolution de gestation à terme.

Il y eut :

- 18 cas de métrite et salpingite traitées au cours de la gestation;
- 5 cas de bartholinite.

Et, dans 79 cas, fut signalé de la leucorrhée précédant la gestation.

Il y eut :

- 19 cas de spécificité signalés,
avec 5 accouchements prématurés : 4 chez des femmes non traitées, 1 chez une femme traitée;
- 12 accouchements normaux chez des femmes traitées;
- 2 cas de rétention fœtale avec lésions manifestes : 1 chez une femme traitée, 1 chez une femme non traitée.

Il y eut 4 cas de rétention fœtale dont l'étiologie exacte ne put être établie.

Sur 28 cas de bacillose pulmonaire chez des primipares âgées :

14 femmes traitées par pneumothorax artificiel eurent une gestation sans incident;

2 bacillaires anciennes sans activité : l'une eut une gestation normale, l'autre un accouchement prématuré;

8 bacillaires sans pneumothorax, avec expectoration bacillifère, lésions bilatérales et deux avec laryngite, supportèrent mal la gestation;

3 cas de bacillose pulmonaire unilatérale, dont deux coïncidant avec le début de la gestation, eurent des hémoptysies du deuxième au quatrième mois.

Cardiopathies :

Sur 8 femmes cardiaques :

1 cas d'insuffisance mitrale et trois cas de rétrécissements mitraux supportèrent bien la gestation;

1 cas de rétrécissement mitral se décompensant eut un accouchement prématuré;

2 cas de maladies mitrales se décompensèrent;

1 cas d'asystolie avec grosse albuminurie décéda après césarienne.

En conclusion, il faut signaler le grand nombre de cas d'albuminurie et la proportion de fibromes utérins diagnostiqués au cours de la gestation :

11,5 pour 100 d'albuminuriques,
7 pour 100 de fibromes.

Cette proportion de fibromes est toutefois inférieure à celle de 11,19 pour 100 donnée par Bigex dans sa thèse 1900, Paris.

VI

Les primipares âgées à terme

Sur les 782 primipares âgées à terme, il y eut 721 présentations céphaliques,

dont 718 sommets,
2 faces,
1 front.

Chez ces primipares âgées à terme en présentation du sommet, il a été remarqué que dans 74 pour 100 des cas la tête n'est pas engagée avant le début du travail, toutes conditions étant normales par ailleurs. La moyenne du non engagement étant de 17 pour 100 pour la totalité des primipares, comme il a été montré dans la thèse de Luiggi, 1926, n° 53.

45 présentations du siège :

11 sièges complets,
34 sièges décomplétés.

Sur ces 45 présentations podaliques :

Dans 14 cas l'utérus a été reconnu fibromateux;

Dans 2 cas cordiforme,
Dans 6 cas le bassin était rétréci.

Il y eut 2 présentations transversales irréductibles :

1 fois pour malformation utérine,
1 fois pour utérus fibromateux, sur lequel avait été
pratiquée une myomectomie au cours de la ges-
tation.

Il y eut 14 gestations gémellaires,
avec 12 présentations céphaliques,
16 présentations podaliques.

En conclusion, l'immense majorité des présentations est le
sommets, soit 92,6 pour 100.

Il y eut 6,2 pour 100 de présentations podaliques, propor-
tion qui coïncide avec celle de Dubé, 6,68 %, plus forte que
celle de Caillods, 4,5 %.

0,3 pour 100 de présentations de l'épaule, chiffre très infé-
rieur à celui de Dubé, 1,02 %. Caillods n'avait pas rencontré
de présentations de l'épaule dans sa statistique.

0,3 pour 100 de présentations de la face, Dubé 0,25 %, Caillods 0.

Notre proportion de gémellaires, 1,9 pour 100, est très
supérieure à celle de Caillods, 0,59 pour 100.

Sauf en ce qui concerne les présentations podaliques, les
proportions des diverses présentations chez les primipares âgées
ne paraissent pas modifiées sensiblement par rapport à celles des
autres primipares.

La mauvaise tonicité de l'utérus est mise en évidence par
le non engagement de la tête dans 74 pour 100 des cas, toutes
choses égales par ailleurs.

Mais il faut remarquer que dans les 26 pour 100 de cas

de tête engagée, il n'est pas possible d'établir un rapport direct entre l'engagement de la tête et l'âge de la femme.

Les fibromes utérins sont rencontrés dans 31 pour 100 des cas de présentations podaliques chez la primipare âgée, et c'est précisément cette proportion de présentations qui est augmentée chez la primipare âgée.

VII

Difficulté du pronostic du travail chez la primipare âgée

La dégénérescence du tissu utérin parallèlement à l'âge est mise en évidence par la présence de fibromes chez la primipare âgée; la faiblesse des contractions utérines sera une des grandes causes de la plus longue durée du travail.

D'autre part, des parties molles peu souples, pouvant déterminer un surcroît de résistance vis-à-vis d'un muscle utérin altéré influenceront sur la durée du travail.

Est-il toutefois possible, en partant de ces données, d'établir un pronostic exact du travail chez la primipare âgée? Non, car on ne peut connaître à l'avance quelle sera la valeur des contractions utérines. Un utérus, même exempt de tout noyau fibromateux cliniquement perceptible peut avoir de très mauvaises contractions et, d'autre part, un utérus fibromateux peut avoir des contractions suffisantes pour déterminer un accouchement spontané. On ne peut prévoir cliniquement quelle sera la valeur de la contraction utérine avant le travail.

De plus, des parties molles qui paraissent résistantes avant le travail peuvent se laisser distendre au moment de l'expulsion et ne causer qu'un obstacle négligeable à l'accouchement.

Il n'est pas un seul élément clinique de valeur absolue chez la primipare âgée permettant de faire prévoir à l'avance quelle sera l'évolution du travail. L'engagement de la tête à la fin de la gestation peut exister chez des femmes qui auront une longue période d'expulsion avec inertie nécessitant une application de forceps. Le point le plus frappant qui ressort de nos observations est le caractère imprévisible des difficultés pouvant survenir au cours du travail. L'examen obstétrical pratiqué avant le travail ou au début du travail peut ne révéler aucune anomalie et, néanmoins l'accouchement pourra être très long et ne pas se terminer normalement.

Il ne nous a pas paru que l'âge de la femme ait une relation directe avec la difficulté de l'accouchement.

Dans sa statistique publiée en 1931, portant sur 185 primipares de 20 à 25 ans, le même nombre de 30 à 35 ans et au delà de 40 ans, G. Losell tend à prouver que la dystocie du travail augmente avec l'âge de la femme. De 4,5 pour 100 pour les primipares de 20 à 25 ans, les applications de forceps atteignent 26 pour 100 pour celles de 30 à 35 ans et 33,5 pour 100 au delà de 40 ans. Dans notre statistique, qui respecte les proportions relatives des primipares suivant l'âge, nous n'avons pas observé cette fréquence des dystocies parallèlement à l'âge des primipares âgées. Les trois femmes les plus âgées de notre statistique : 1 de 44 ans, 2 de 43 ans, ont accouché spontanément. Mais peut-être arrivons-nous à ces résultats parce que nous avons trop peu de primipares au-dessus de 40 ans et des séries trop favorables. Pour Losell, la seule notion d'âge (plus de 40 ans) n'est pas une indication suffisante par elle-même pour pratiquer la césarienne systématique; celle-ci n'est justifiée que s'il existe en même temps d'autres indications valables.

Avant un travail qui peut être long, durant lequel la femme sera fatiguée et son état général éprouvé, il importe de faire un inventaire complet des différents appareils; il faut éviter les risques de dystocie — complexe chez une femme qui a la possibilité d'avoir un long travail. La présentation du siège avec utérus

fibromateux et bassin limite en a été le type le plus fréquent. C'est chez ces femmes que la voie haute a été utilisée par principe, comme méthode de plus grande sécurité.

VIII

Le travail chez les primipares âgées

De tout temps il a été admis que le travail est beaucoup plus lent chez la primipare âgée que chez la primipare jeune. Mais à l'opinion des anciens auteurs, pour lesquels de tels accouchements étaient, par définition, dystociques, s'oppose la réaction de la Maternité de Paris, réaction dirigée par Mme La Chapelle, qui s'efforce d'établir un pourcentage des accidents et nie la dystocie par principe chez la primipare âgée. Cette opinion fut reprise par les auteurs modernes et avec d'autant plus de force qu'apparaît l'ère de l'asepsie. Toutefois, presque tous les travaux admettent des difficultés plus grandes pour les primipares âgées résultant du fait qu'aux causes de dystocies, générales à toute primipare, s'ajoutent des causes de dystocies résultant de l'âge même de ces parturientes.

Là où les conclusions de ces travaux diffèrent c'est en ce qui concerne l'étiologie de la dystocie de l'âge.

A la théorie d'un obstacle mécanique à l'accouchement que l'on place successivement au niveau du col, du détroit inférieur du bassin et du périnée, se substitue progressivement, à la suite des publications de M. le Professeur Pinard sur la fréquence des fibromes utérins chez la femme nullipare et à partir de 30 ans, le rôle primordial de la moins-value de la contraction utérine résultant de la présence de ces noyaux fibromateux; soit cliniquement individualisés et perçus chez les femmes où le processus de dégénérescence du muscle utérin a été le plus marqué, soit non perçus cliniquement, mais encore existants, chez des femmes

chez lesquelles les fibromes peuvent être situés sur la paroi postérieure de l'utérus et non perçus de ce fait, soit non encore individualisés, en puissance, mais accusés par la faiblesse de la contraction elle-même.

Cette cause, comme à la plupart des auteurs qui nous ont directement précédé, nous a paru et de beaucoup la principale dans l'étiologie de la lenteur du travail et des dystocies en résultant chez les primipares âgées.

La plupart des auteurs ont cherché à établir un temps moyen d'accouchement chez la primipare âgée, mais ne sont pas d'accord sur la façon d'établir leur moyenne, d'y faire entrer ou d'en rejeter les interventions, d'en éliminer ou non les dystocies reconnues dérivées directement de l'âge, et de ces différences résulte l'écart du temps moyen entre leurs diverses statistiques. Toutefois, il résulte de tous les travaux un allongement du temps moyen d'accouchement chez les primipares âgées. Toutes choses égales par ailleurs, le temps d'accouchement est plus long chez la primipare âgée que chez la primipare jeune. Il est significatif, d'autre part, d'indiquer le grand nombre de cas dans lesquels une intervention aura abrégé la longueur de l'accouchement.

Le chiffre absolu est donc dépourvu de valeur en soi, puisqu'il peut varier suivant les conditions plus ou moins arbitraires de calcul. Seule la proportion relative de la dystocie et des interventions au chiffre total des accouchements peut compter, ainsi que le fait que, même dans les conditions de calcul les plus favorables, le temps d'accouchement des primipares âgées est supérieur à celui des primipares jeunes.

Durée de l'accouchement des primipares âgées

Thèse de Caillods, 1907-1908 :

Dilatation, 17 heures 04,

Expulsion, 2 heures 33,

Durée totale, 19 heures 37,

en comptant toutes les primipares et toutes les présentations.

Dilatation, 17 heures 09,
Expulsion, 2 heures 36,
Durée totale, 19 heures 45,

en ne comptant que les présentations du sommet, les enfants de 2.500 gr. au moins, les accouchements spontanés.

Thèse de Dubé, 1895-1896 :

Durée du travail pour les primipares âgées, 13 h. 10-1 h. 19, temps sensiblement égal au temps des autres primipares (13 h. 05-1 h. 15). Statistique portant uniquement sur des accouchements spontanés, sans tenir compte du poids de l'enfant.

Cet auteur conclut que si 51 pour 100 de primipares âgées ont un temps d'expulsion d'une heure environ, 10 pour 100 au moins ont un accouchement beaucoup plus long.

Nous avons fait porter notre statistique sur toutes les présentations du sommet,

Les accouchements spontanés et les forceps,
Les enfants de 2.500 gr. au moins,

Et nous avons obtenu :

Dilatation, 19 heures 29,
Expulsion, 2 heures 24,
Durée totale, 21 heures 53.

Toutes choses égales d'ailleurs, le temps moyen d'accouchement d'une primipare âgée est supérieur au temps moyen d'accouchement d'une primipare jeune, et cet allongement porte sur la période de dilatation aussi bien que sur la période d'expulsion.

Rupture des membranes chez les primipares âgées

Sur les 782 primipares à terme de notre statistique, il y a eu :

- 33 % de rupture prématurée des membranes avant tout début de travail;
- 30 % de rupture précoce dans les trois premières heures après le début du travail;
- 28 % de rupture tempestive;
- 9,6 % de rupture artificielle.

Comme dans les thèses précédentes, fréquence de la rupture précoce ou prématurée, 63 pour 100 des cas chez les primipares âgées et fréquence d'antécédents de métrite chronique chez de telles femmes.

Anomalies de la contraction utérine

Sur les 782 primipares âgées, la faiblesse des contractions utérines, leur irrégularité furent signalées 289 fois, soit dans 37 pour 100 des cas.

Il y eut 5 cas de contracture utérine après rupture prématurée des membranes, 3 fois avec œdème du col, 2 fois avec rigidité du col.

Anomalies de la dilatation

Cette fréquence de la faiblesse des contractions se traduit dans la fréquence des lenteurs de la dilatation, l'allongement du temps moyen de dilatation du col qui atteint 19 heures 29 dans notre statistique.

Il fut signalé 35 cas dans lesquels la durée de la période de dilatation a dépassé 36 heures.

La dilatation est restée stationnaire, en dehors de toute modification pathologique du col :

3 fois entre 5 francs et petite paume,

1 fois à 2 francs.

Il a été signalé deux cas d'agglutination du col, chez des femmes présentant métrite et salpingite antérieures et 18 cas d'œdème du col, soit 2,3 pour 100, sur 718 présentations du sommet.

Toffin (1) avait déjà montré, dans sa thèse sur « les anomalies de la dilatation au cours de l'accouchement à terme après rupture prématurée ou précoce des membranes », le rôle de l'âge, du non engagement de la présentation du sommet, du manque de flexion de la tête et du travail irrégulier et lent dans l'étiologie des œdèmes du col.

IX

Complications de l'accouchement

38 fois l'accouchement fut compliqué par des fibromes utérins ;

5 fois par un fibrome praevia nécessitant 2 césariennes corporéales, 3 césariennes corporéales suivies d'hystérectomie ;

1 utérus fibromateux et un bassin rétréci entraînant une césarienne corporéale ;

27 fois un utérus fibromateux entraînant de l'inertie utérine, avec 25 forceps et 2 accouchements spontanés ;

1 utérus fibromateux, inertie et infection amniotique, hystérectomie ;

1 utérus fibromateux, procidence du cordon à 2 francs, césarienne ;

(1) Thèse Toffin, 1911-1912, Paris.

1 présentation transversale, myomectomie au cours de la gestation, césarienne;

1 utérus fibromateux et placenta praevia, césarienne;

1 utérus fibromateux, présentation du siège, inertie, grande extraction.

Soit dans 5 pour 100 des accouchements à terme.

Insertion basse du placenta

Le travail fut compliqué 9 fois par des hémorragies dues à une insertion basse du placenta, nécessitant 3 césariennes;

6 fois l'accouchement fut spontané;

1 fois l'utérus fut reconnu fibromateux.

2 présentations de l'épaule :

1 dans un utérus cordiforme avec atrésie vaginale :
version par manœuvres mixtes;

1 dans un utérus fibromateux ayant subi une myomectomie au cours du troisième mois : césarienne.

1 *hématome rétroplacentaire* : accouchement spontané.

1 *crise d'éclampsie convulsive* : forceps.

2 *excès de liquide* ayant entraîné de l'inertie utérine au cours du travail et deux forceps.

1 *procubitus* d'une main.

1 *providence* du cordon avec dilatation de 2 francs, utérus fibromateux : césarienne.

1 *dystocie tenant au poids de l'enfant* : césarienne.

Bassin rétréci

32 cas.

25 interventions :

22 césariennes basses;

- 1 extériorisation temporaire de l'utérus;
- 1 forceps;
- 1 basiotripsie.

6 accouchements naturels après épreuves du travail.

1 rétrécissement du détroit inférieur : forceps.

Dans 5 cas le travail fut compliqué par une cardiopathie en décompensation :

- 3 fois par une maladie mitrale;
- 2 fois par un rétrécissement mitral.
- 5 applications de forceps.

Et 5 fois par une bacillose pulmonaire : 5 forceps.

Conclusions :

Le fibrome se rencontre 42 fois sur 98 cas de dystocie en général, soit 43 % des cas.

X

Accouchement pour les présentations autres que le sommet

Dans notre statistique de 782 primipares âgées à terme, il y a eu deux présentations de la face, soit 0,3 pour 100 :

— Un engagement en M.I.D.P., dégagement en M.P., durée du travail 74 heures, avec irrégularité des contractions; enfant de 3.070 vivant;

— Un engagement en M.I.G.A., travail de 45 heures, régulier; enfant vivant;

— Une présentation du front avec accouchement spontané après un travail de 60 heures 25; expulsion en O.S.; enfant mort au cours du travail.

45 présentations du siège, soit 6,2 pour 100 :

11 sièges complets;

34 sièges décomplétés.

Sur les 11 sièges complets, il y eut :

3 accouchements normaux;

3 grandes extractions du siège :

1 pour malformation utérine,

2 pour lenteur du travail;

2 grandes extractions terminées l'une par un forceps sur tête dernière, l'autre par une basiotripsie sur tête dernière pour bassin rétréci;

3 césariennes : 1 pour fibrome praevia,

1 pour procidence de cordon dans un utérus fibromateux,

1 pour siège irréductible dans un bassin rétréci.

Soit 8 interventions sur 11 cas.

Sur les 34 sièges décomplétés d'autre part :

14 accouchements normaux;

13 grandes extractions de siège pour :

1 malformation utérine,

5 utérus fibromateux avec inertie,

2 bassins rétrécis,

5 lenteurs du travail sans cause clinique, à part l'âge de la femme;

1 extériorisation temporaire de l'utérus pour rupture prématurée des membranes suivie d'infection amniotique grave;

6 césariennes :

2 pour utérus fibromateux;

4 pour bassin rétréci.

Soit 20 interventions sur 34 cas.

2 présentations transversales :

1 version dans un utérus malformé, à éperon,

1 césarienne sur utérus fibromateux, ayant eu une myomectomie au cours du troisième mois.

Conclusion :

Pour les 45 cas de présentations du siège, il y eut 28 cas de dystocie, soit 64 pour 100.

Sur ces 28 cas de dystocie il y eut 17 cas où l'âge intervient, soit dans 64 pour 100 des cas de dystocie.

Sur ces 17 cas de dystocie dus à l'âge, le fibrome fut incriminé 9 fois; soit 33 pour 100 des cas de dystocie en général et 56 pour 100 des cas de dystocie due à l'âge.

Le fibrome utérin rencontré dans 31 pour 100 des cas de présentation podalique chez la primipare âgée a compliqué le travail dans 20 pour 100 des cas.

XI

Accouchements gémellaires

Il y eut 14 gestations gémellaires.

L'accouchement fut naturel dans 3 cas :

3 présentations céphaliques,

3 présentations podaliques.

Il y eut 3 interventions sur le second jumeau seul :

3 versions.

Il y eut 7 interventions sur les deux jumeaux ;

6 extractions du siège ;

3 versions suivies d'extraction ;

5 forceps.

Il y eut une extériorisation temporaire pour œdème du col, inertie et infaction amniotique grave.

Il y eut 8 accouchements gémellaires qui ont nécessité une intervention pour inertie utérine. Soit 60 pour 100 des cas.

Dans aucune des observations de gémellaires, l'utérus ne fut signalé comme cliniquement fibromateux.

XII

L'expulsion chez les primipares âgées

La rigidité des parties molles a été mise en avant dans toutes les statistiques comme cause de la grande durée de l'accouchement chez les primipares âgées ; mais si depuis les publications de M. le Professeur Pinard cette pathogénie a perdu du terrain, il n'en est pas moins vrai que dans un petit nombre de cas l'observation clinique permet encore de l'invoquer. On conçoit qu'une résistance au niveau du périnée et du diaphragme pelvien, s'opposant à la force d'un utérus de mauvaise qualité, puisse être un facteur adjuvant important de la non progression de la présentation et de l'allongement de la période d'expulsion.

Nous en avons relevé 7 cas :

3 cas de forceps avec parties molles très résistantes, avec ou sans épisiotomie complémentaire ;

2 cas où la résistance périnéale a été marquée au cours de la manœuvre de Mauriceau-Pinard;

1 cas d'atrésie vaginale, avec utérus cordiforme, ayant opposé de la difficulté à la manœuvre de Mauriceau Pinard;

1 cas de rétrécissement du détroit inférieur, avec parties molles très résistantes et utérus fibromateux, ayant nécessité une application de forceps. C'est le seul cas de rétrécissement du détroit inférieur ayant fait obstacle à l'expulsion signalé dans nos observations.

Nous n'avons pas trouvé d'observation où fût signalée une description clinique de résistance du coccyx à la rétropulsion.

La cause primordiale de la lenteur de la période d'expulsion reste donc la faiblesse de la contraction utérine, voire l'inertie utérine complète que nous avons rencontrée 289 fois au cours de l'accouchement des primipares âgées et qui a donné lieu à 212 interventions.

La durée moyenne de la période d'expulsion a été de 2 heures 24 dans notre statistique.

Deux fois elle a atteint 4 heures et 4 heures 30.

Mais, comme l'avaient fait remarquer Caillods, puis Bonnedame, la moyenne des statistiques tend à ne pas dépasser 2 heures 30 depuis les interventions systématiques après 2 heures 30 de durée d'expulsion.

Statistique de Caillods : 2 heures 33.

Sur les 718 présentations du sommet, il y a eu :

710 dégagements en occipito-pubienne;

8 dégagements en occipito-sacrée.

Sur ces 8 occipito-sacrées,

il y eut 5 forceps,

3 accouchements spontanés.

XIII

Lésions périnéales consécutives à l'accouchement des primipares âgées

Dans notre statistique, sur 782 accouchements à terme, il y eut 536 accouchements spontanés, avec :

- 176 déchirures périnéales incomplètes;
- 2 déchirures périnéales complètes;
- 6 déchirures de la paroi postérieure du vagin;
- 46 épisiotomies.

Soit 230 lésions périnéales, soit 45 pour 100 des cas d'accouchements spontanés.

La fréquence des déchirures périnéales avait été mise en évidence par tous les auteurs.

Notre statistique est notablement plus forte que celle de Dubé, 14,9 %, et Caillods, 27,7 %, car nous avons compté tous les cas où une déchirure périnéale, même minime, a été signalée.

Dubé n'a en effet compté que les déchirures nécessitant trois points de suture; Caillods les déchirures nécessitant deux points de suture.

Comme dans les thèses précédentes, les applications de forceps et l'infiltration œdémateuse des tissus du périnée consécutive à une longue période d'expulsion paraissent jouer *un rôle* dans l'étiologie des lésions vagino-périnéales.

Pour 201 interventions par voie basse, il y eut :

- 69 déchirures périnéales incomplètes;
- 54 épisiotomies;
- 6 déchirures importantes du vagin consécutives aux applications de forceps;

- 1 déchirure de la paroi latérale du vagin, déterminant une hémorragie abondante et nécessitant la suture de bout en bout;
- 1 déchirure simple de la paroi latérale du vagin;
- 1 éclatement du vagin avec deux déchirures latérales du vagin;
- 3 déchirures de la paroi postérieure du vagin.

Soit 129 lésions périnéales et 64 pour 100 des cas d'interventions.

Deux fois il fut signalé des escarres vaginales importantes consécutives à deux expulsions spontanées en occipito-sacrées ayant duré 4 heures et 4 heures 30.

Sur la totalité de ces lésions périnéales, il y eut :

- 18 cas d'infection périnéale;
- 25 cas de périnées signalés comme non repris à la sortie de la femme du service. Soit 7 pour 100.

XIV

Les interventions au cours du travail chez les primipares âgées

Comme les auteurs qui nous ont précédé, nous avons constaté dans notre statistique la fréquence des interventions au cours du travail chez les primipares âgées.

Il y eut 173 applications de forceps pour 718 présentations du sommet, soit 24,6 pour 100.

Ces applications de forceps furent nécessitées :

- 125 fois pour inertie;
- 35 fois pour souffrance fœtale;

- 1 fois pour éclampsie convulsive;
- 5 fois pour bacillose pulmonaire;
- 7 fois pour cardiopathies.

1 forceps sur tête dernière après extraction du siège dans un utérus cordiforme.

L'extraction eut lieu 169 fois en occipito-pubienne;
4 fois en occipito-sacrée.

Elles furent 15 fois précédées d'une incision du col, nécessitée 12 fois par de l'œdème du col,

3 fois par un arrêt de dilatation entre 5 francs et grande paume.

Elle fut une fois précédée d'une dilatation manuelle.

Il y eut 8 basiotripsies sur enfant mort :

- 4 fois pour inertie;
- 1 fois pour œdème du col et inertie;
- 3 fois sur tête dernière, après extraction du siège.

Cette opération fut précédée 3 fois d'une incision du col.

Extractions du siège :

- 24 grandes extractions du siège;
- 5 sièges complets, dont 2 suivis l'un d'une basiotripsie, l'autre d'un forceps sur tête dernière, pour bassin rétréci;
- 19 sièges décomplétés,
dont 6 chez des gémellaires.

7 versions par manœuvres internes :

- 6 chez des gémellaires,
- 1 pour un utérus cordiforme et présentation transversale.

Ces extractions du siège furent précédées une fois d'une incision du col.

Les incisions du col

19 incisions du col :

- 13 fois pour de l'œdème du col;
- 6 fois pour dilatation insuffisante;;
- 15 avant application de forceps;
- 3 avant basiotripsie;
- 1 avant extraction du siège.

Les interventions par voie haute

Il y eut 46 interventions par voie haute.

12 césariennes corporéales :

- 3 pour placenta bas inséré, dont une suivie d'hystérectomie;

8 pour fibromes :

- 3 pour fibrome praevia et suivies d'hystérectomie;
- 1 pour fibrome praevia;
- 1 pour utérus fibromateux avec myomectomie;
- 1 pour utérus fibromateux avec kyste de l'ovaire droit et suivie d'hystérectomie;
- 1 pour utérus fibromateux, présentation transversale irréductible chez une femme ayant eu une myomectomie au troisième mois de la gestation;
- 1 pour utérus fibromateux, inertie utérine et infection amniotique grave, suivie d'hystérectomie;
- 1 pour éclampsie et asystolie au neuvième mois;

25 césariennes basses :

- 16 pour bassin rétréci;
- 1 pour procidence du cordon, utérus fibromateux et présentation du siège;
- 1 pour utérus fibromateux, rigidité du col, dilatation de 1 franc après 60 heures de travail;
- 6 pour présentation du siège avec bassin rétréci;
- 1 pour gros enfant, 5 kg. 200.

7 extériorisations temporaires de l'utérus :

- 1 pour bassin rétréci et infection amniotique grave;
- 1 pour œdème du col, inertie et infection amniotique;
- 1 pour rigidité du col et infection amniotique chez une obèse;
- 1 pour rigidité du col et infection amniotique.
- 1 présentation du siège, infection amniotique chez une obèse;
- 1 pour inertie, rupture prématurée, infection amniotique;
- 1 pour œdème du col, inertie, infection amniotique grave chez une gémellaire.

7 hystérectomies :

- 5 ont suivi la césarienne, déterminées par la présence de nombreux fibromes;
- 1 a eu lieu après basiotripsie pour hémorragie;
- 1 a suivi une césarienne basse pour hémorragie.

Conclusions : Sur le nombre total des 782 primipares âgées, il y eut 258 interventions, soit 33 pour 100 :

- 212 interventions par voie basse, 27 %;
- 46 interventions par voie haute, 6 %.

Sur les 718 présentations du sommet il y eut 173 applications de forceps, soit 24,6 pour 100 des cas.

Dans 131 cas le forceps ou la basiotripsie furent nécessités par l'âge, soit 20 pour 100 des cas.

Dans 4,6 pour 100 des cas ils furent nécessités par des causes indépendantes de l'âge de la mère.

Il y eut 46 interventions par voie haute, soit 6 pour 100 des cas.

26 eurent des causes indépendantes de l'âge de la mère, soit 56 pour 100.

20 dépendirent de l'âge, soit 44 pour 100. Et, dans ce groupe, 16 interventions furent nécessitées pour fibromes utérins, soit 36 pour 100 des interventions par voie haute.

XV

Délivrance chez les primipares âgées

La délivrance fut naturelle dans 688 cas. Elle fut artificielle dans 50 cas, soit 6,5 pour 100 des cas.

La délivrance artificielle fut nécessitée :

35 fois pour hémorragie;

12 fois pour non décollement après 2 heures 30;

3 fois après intervention pour longueur du travail.

Les 35 hémorragies ayant nécessité une délivrance artificielle furent causées :

2 fois par un placenta praevia;

1 fois par décollement partiel d'un placenta adhérent anormalement chez une femme présentant des antécédents de métrite chronique;

- 32 fois par inertie utérine,
 - dont 1 fois chez une gémellaire,
 - 1 fois avec hydramnios,
- 30 fois consécutive à un long travail.

Il y eut 12 cas de délivrance artificielle pour non décollement du placenta après 2 heures 30 :

- 1 fois avec enchâtonnement du placenta dans une corne utérine;
- 1 fois dans un utérus avec de gros fibromes;
- 3 délivrances artificielles furent faites systématiquement, après basiotripsie.

Il y eut 46 hémorragies de la délivrance,

Avec 35 délivrances artificielles;

- 5 cas d'hémorragies au cours de la délivrance, de 500 à 1.200 gr. et délivrance naturelle;
- 2 cas d'hémorragies après la délivrance, consécutives à un travail de 16 heures et 40 heures et cédant aux moyens médicaux;
- 2 cas d'hémorragie par rétention de cotylédon ayant nécessité une revision utérine;
- 1 cas d'inertie utérine, consécutive à un travail de 62 heures, terminé par basiotripsie, suivie de délivrance artificielle, hémorragie persistante nécessitant l'hystérectomie;
- 1 cas d'hémorragie après césarienne, nécessitant l'hystérectomie.

L'examen systématique des placentas a montré :

- 2 insertions basses n'ayant donné lieu à aucun accident;
- 16 cas d'infarctus chez des albuminuriques.

Conclusion : Fréquence des hémorragies de la délivrance, 7 pour 100 des cas, consécutives, dans la grande majorité des cas, à l'inertie utérine résultant de la durée prolongée du travail, 40 cas sur 46.

Rareté de l'adhérence anormale du placenta chez la primipare âgée, 1 seul cas sur 46.

La proportion de 6,5 pour 100 de délivrances artificielles est très inférieure à celle de Caillods, 14,5 % et de Dubé, 7,6 %. Cette différence doit tenir au petit nombre de délivrances artificielles systématiques après intervention pour abrégé un travail déjà long et à la plus grande fréquence des opérations par voie haute; notre statistique est en rapport avec celle de F. Mas, 1929, *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. XLII, n° 28, 11 juillet 1929, qui trouve un peu plus de 5 % de délivrances artificielles.

XVI

Complications des interventions chez les primipares âgées

Les complications des interventions sont fréquentes chez les primipares âgées; elles résultent, pour les interventions par voie haute ou basse, des mauvaises conditions dans lesquelles on intervient après une longue durée de travail et du mauvais état de la femme au moment de telles interventions.

Par voie haute (mortalité) :

1 césarienne mutilatrice pour infection amniotique grave a été suivie du décès de la femme 48 heures après l'intervention, avec subictère et hyperthermie.

1 césarienne corporeale pour fibrome praevia a été suivie de péritonite aiguë et décès.

1 extériorisation temporaire de l'utérus pour infection amniotique grave : femme décédée 48 heures après l'intervention, subictère et hyperthermie.

1 extériorisation temporaire de l'utérus pour œdème du col, infection ovulaire chez une gémellaire, femme décédée deux jours après l'intervention, hémoculture positive au streptocoque.

1 basiotripsie suivie d'hémorragie ayant nécessité l'hystérectomie, femme décédée 36 heures après l'intervention.

Par voie haute (morbidity) :

1 césarienne corporéale suivie d'hystérectomie pour fibrome s'est compliquée d'accidents pulmonaires post-opératoires.

1 césarienne corporéale suivie d'hystérectomie pour fibrome, praevia, s'est compliquée de phlébite gauche.

1 césarienne a été suivie, au cinquième jour, d'une désunion de la plaie dans son tiers inférieur. Suture secondaire. Guérison.

1 césarienne basse pour fibrome praevia a été suivie d'une hémorragie abondante avec inertie, nécessitant l'hystérectomie.

Pour les interventions par voie haute :

Complications dans 20 pour 100 des cas.

Mortalité de 11 pour 100.

Par voie basse : forceps et basiotripsie :

Complications locales :

- 1 déchirure bilatérale du col atteignant l'insertion vaginale consécutive à une basiotripsie;
- 1 déchirure bilatérale du col après forceps;
- 2 déchirures latérales du col remontant jusqu'à l'insertion vaginale après forceps;
- 1 déchirure postérieure du col.

Complications générales :

- 2 forceps ont été suivis de phlébite unilatérale;
- 1 forceps, de phlébite bilatérale;
- 6 forceps ont été suivis d'endométrite légère;
- 2 basiotripsies, d'endométrite légère.

Délivrance artificielle et revision utérine :

2 phlegmons du ligament large :

- 1 décès au seizième jour;
- 1 guérison.

2 phlébites bilatérales.

4 endométrites graves.

1 thrombophlébite suppurée de la veine utéro-ovarienne droite : décès au seizième jour.

7 endométrites légères.

Sur 212 interventions par voie basse,

27 complications résultant de l'intervention, soit 15 pour

100. Mortalité 0,9 %.

Mais très inégalement réparties :

Pour 173 forceps, 9 complications, 5,1 %;

Pour 50 délivrances artificielles, 16 complications,
33 %,

Déterminant 2 décès, soit 4 %.

XVII

Risques des interventions chez les primipares âgées

L'impossibilité de pouvoir faire avec certitude le pronostic de l'accouchement chez les primipares âgées, la manifestation possible d'une dystocie de l'âge au cours d'un travail au début

duquel toutes les conditions avaient pu paraître normales expliquent la nécessité d'interventions souvent tardives, alors qu'il y a infection ovulaire. On doit recourir, dans ces cas, à des opérations de nécessité qui sont souvent des techniques obstétricales mutilatrices pour le fœtus mort ou des techniques chirurgicales mutilatrices pour la mère. Pratiquées dans de mauvaises conditions, sur une femme déjà infectée et éprouvée par la longueur du travail, ces opérations revêtent une gravité particulière.

C'est à la suite d'interventions imposées par la lenteur du travail, avec infection amniotique grave, que sont mortes quatre des cinq femmes décédées à la suite d'opérations par voie haute.

Toutefois, même dans le cas des primipares ayant dépassé 40 ans, la proportion des interventions n'est pas telle qu'il faille intervenir systématiquement, et sur ce point toutes les statistiques que nous avons consultées, même les plus défavorables aux primipares de cet âge, sont d'accord. Vu l'importance de l'imprévu dans la marche de l'accouchement des primipares âgées, joint à l'impossibilité absolue d'en indiquer le pronostic, il paraît naturel d'hospitaliser systématiquement ces parturientes pour réaliser avec le maximum de sécurité les interventions dont la nécessité peut s'imposer au cours du travail.

XVIII

Les suites de couches des primipares âgées

Sur 782 accouchements, les suites de couches furent normales dans 623 cas. Elles furent pathologiques dans 159 cas, soit 21 pour 100 des cas, y compris les complications dues aux diverses interventions.

Si l'on retranche les complications consécutives aux interventions, il reste 742 cas et 123 suites de couches pathologiques, soit 16 pour 100.

Les complications de l'allaitement viennent en tête et de beaucoup, avec :

- 49 cas de lymphangite du sein;
- 13 abcès du sein;
- 1 crevasses du sein très étendues;
- 27 endométrites légères;
- 1 involution utérine lente avec utérus fibromateux;
- 18 infections périnéales;
- 2 cas d'escarres vaginales étendues;
- 1 cellulite pelvienne : guérison;
- 3 pyélonéphrites colibacillaires;
- 1 cas de troubles psychiques graves nécessitant l'internement;
- 4 poussées évolutives bacillaires;
- 1 bronchite;
- 1 ulcère variqueux;
- 1 décompensation cardiaque, décédée au quatorzième jour; décompensation progressive avec anasarque et hydrothorax double.

XIX

Enfants

La question du sexe prédominant des enfants des primipares âgées a été discutée par tous les auteurs, mais avec des résultats variables. De toutes les statistiques, il ressort une légère disproportion entre le nombre des filles et des garçons, mais alternativement dans l'un ou l'autre sens.

Caillods avait trouvé 66 garçons pour 54 filles.

F. Mas, 100 filles pour 92 garçons.

Notre statistique, 390 garçons pour 406 filles.

Le poids moyen des enfants des primipares âgées a également fait l'objet de discussions.

Caillods concluait à une élévation du poids de l'enfant en rapport avec l'âge de la mère. Poids moyen, 3.322.

F. Mas conclut à la fréquence relative des enfants pesant moins de 2.600 et indique la proportion de 17 pour 100.

Nous avons fait porter notre statistique sur tous les enfants non prématurés et nous avons obtenu un poids moyen de 3.143.

Allaitement :

L'âge ne paraît pas influencer notablement la lactation, puisque, sur 725 enfants vivants, 672 furent nourris au sein maternel.

L'allaitement fut mercenaire dans 17 cas, mixte dans 43 cas, artificiel dans 25 cas.

Il fut signalé 1 cas d'agalactie chez une femme de 38 ans.

Cinq fois l'allaitement maternel insuffisant fut remplacé par l'allaitement mercenaire.

XX

Mortalité maternelle

Sur nos 878 primipares âgées, il y eut 11 décès, soit 1,2 pour 100.

Il y eut trois morts au cours de la gestation :

2 par vomissements graves;

1 par infection ovulaire grave au cours d'un avortement.

7 morts dans les suites de couches en rapport avec une intervention.

Sur 782 primipares à terme, il y eut 8 morts, soit 0,9 %.

5 femmes ont subi une opération par voie haute;

4 sont mortes d'infection, à la suite d'infection ovulaire grave consécutive à l'inertie utérine;

1 est morte d'hémorragie par atonie utérine;

2 sont mortes d'infection péri-utérine consécutive à une délivrance artificielle pour hémorragie par inertie après un travail long;

1 femme, cardiaque décompensée, avec anasarque, est morte au quatorzième jour, des suites de couches, par défaillance cardiaque progressive, hydrothorax double.

Cette statistique souligne le danger des interventions chez ces femmes, présentant une infection amniotique consécutive à l'inertie au cours du travail et la rupture prématurée des membranes.

Notre statistique de 1,2 pour 100 de mortalité générale pendant la puerpéralité, de 0,9 pour 100 de mortalité consécutive à l'accouchement, est inférieure à celle des auteurs précédents :

Caillods, 2,3 %, 1907-1908;

F. Mas, 1929, 1,8 %.

Morbidité maternelle

Sur 782 primipares âgées à terme, 159 eurent des suites de couches pathologiques, soit 21 pour 100.

Sur ces 159 cas, 74 sont imputables à l'âge de la femme, dérivant de l'inertie et de la longueur du travail, de la présence de fibromes utérins, de la résistance et des lésions des parties molles.

Soit 50 pour 100 des cas.

XXI

Morbidité et mortalité fœtales

10 enfants sont morts au voisinage du terme, avant tout début de travail, dont 6 chez des femmes albuminuriques sont nés macérés; les 4 autres cas de mort n'ont pas eu d'étiologie nette.

1 enfant est mort au début du travail.

1 est mort au cours d'un travail normal.

4 enfants sont morts au cours de l'expulsion :

2 avec disproportion fœto-placentaire nette, hépato et splénomégalie;

1 avec double circulaire et brièveté du cordon;

1 cas de mort n'a pas eu d'étiologie nette.

1 fœtus en présentation du front suivi d'accouchement spontané est mort au cours du travail.

2 enfants sont morts de complication du travail :

1 chez une éclamptique;

1 par hématome rétroplacentaire.

41 sont morts au cours d'un travail long ou à la suite d'interventions :

5 morts au cours du travail;

17 mort-nés à la suite d'application de forceps;

13 mort-nés à la suite d'extraction du siège;

6 n'ont pu être ranimés après intervention par voie haute.

14 enfants sont morts dans les 21 premiers jours :

- 7 par hémorragie méningée après forceps;
- 1 par enfoncement du crâne après forceps;
- 1 avec accès de cyanose 24 heures après une opération césarienne;
- 1 enfant difficilement ranimé, après extraction du siège, est mort au bout de 24 heures;
- 2 sont morts aux deuxième et quatrième jours, présentant de l'hépatite et de la splénomégalie;
- 2 sont morts aux treizième et quinzième jours, de troubles digestifs;
- 1 jumeau de 1.850 gr. est mort au onzième jour.

Pour 782 primipares âgées, la mortalité infantile a atteint le chiffre de 74.

Sur 796 enfants, 74 sont morts, soit 9,2 pour 100.

Sur 74 morts d'enfants, 50 sont imputables à l'âge de la femme.

Soit 66 pour 100 des cas de morts d'enfants.

Notre proportion est inférieure à celle de Caillods qui est de 11,1 pour 100.

Morbidité fœtale :

10 cas d'hérédospecificité, dont :

- 6 cas d'hépatosplénomégalie avec chute de poids persistante;
- 2 cas d'hydrocèle bilatérale dont un avec gros testicule;
- 1 ictère;
- 1 pied-bot.

1 cas de fracture de l'humérus consécutive à une version podalique suivie d'extraction du siège.

1 cas de staphylococcie cutanée après un travail de 24 heures 40.

XXII

Accouchement des primipares âgées de plus de 30 ans, à terme, cliniquement normales, avec présentation du sommet

Dans notre statistique, l'examen clinique pratiqué au début du travail n'a révélé aucune anomalie dans 549 cas de primipares de plus de 30 ans, à terme, avec une présentation du sommet. Nous avons comparé les résultats du travail de ces cas cliniquement normaux avec notre statistique portant sur l'ensemble des primipares âgées.

La durée moyenne du travail dans ces 549 cas n'a pas été sensiblement moindre que pour l'ensemble des primipares de notre statistique, car elle atteint :

18 heures 54 pour la période de dilatation, au lieu de 19 heures 29;

2 heures 18 pour la période d'expulsion, au lieu de 2 heures 24;

21 heures 12 pour la durée totale du travail, au lieu de 21 heures 53.

Au cours de l'accouchement a été signalée avec une fréquence relativement égale la rupture intempestive des membranes, dans 58 pour 100 des cas.

La faiblesse des contractions, leur irrégularité, fut signalée 178 fois, soit dans 32 pour 100 des cas, au lieu de 37 pour 100 pour l'ensemble.

Il y eut 13 cas d'œdème du col, soit 2,6 pour 100, et 2,3 pour 100 dans la statistique générale.

Le travail fut compliqué dans deux cas :

1 cas de placenta bas inséré, dont la première manifestation clinique eut lieu au cours du travail;

1 cas de procubitus d'une main.

L'accouchement eut lieu normalement dans 420 cas sur 549, soit dans 77 pour 100 des cas.

Dans 129 cas, soit 22,9 pour 100, il y eut une intervention, proportion moindre que celle de la statistique générale qui était de 33 pour 100.

Mais si, pour les interventions par voie basse, le pourcentage des interventions reste en rapport dans les deux statistiques,

22 pour 100 contre 27 pour 100,

la disproportion est très accusée pour les interventions par voie haute :

0,92 pour 100 seulement contre 6 pour 100 dans la statistique générale.

Par voie basse il fut pratiqué 123 forceps,

2 basiotripsies.

L'application de forceps fut nécessitée 103 fois pour inertie, 20 fois pour souffrance fœtale, et fut précédée 11 fois d'une incision du col.

Par voie haute il fut pratiqué :

1 césarienne pour placenta inséré bas;

1 extériorisation temporaire de l'utérus pour œdème du col, inertie et infection amniotique grave;

1 extériorisation temporaire de l'utérus pour rigidité du col et infection amniotique;

1 extériorisation temporaire de l'utérus pour rupture prématurée des membranes suivie d'infection amniotique;

1 hystérectomie après basiotripsie pour hémorragie.

Mortalité :

Il y eut 2 morts pour 5 interventions de nécessité :

1 cas de basiotripsie suivie d'hémorragie ayant nécessité une hystérectomie avec décès 36 heures après l'intervention;

1 cas d'extériorisation temporaire de l'utérus pour infection amniotique grave suivi de décès 48 heures après l'intervention, avec subictère et hyperthermie.

De cette statistique résulte qu'il n'est aucun élément clinique de valeur absolue chez la primipare âgée permettant de faire prévoir à l'avance l'évolution du travail. Un utérus, même exempt de tout noyau fibromateux cliniquement perceptible, peut avoir de mauvaises contractions, et dans notre statistique, cette éventualité s'est produite dans un quart des cas environ.

Si le pourcentage des interventions par voie haute est bien moindre que dans la statistique portant sur l'ensemble des cas de primipares âgées :

5 cas d'intervention contre 46 au total,

0,92 pour 100 pour 6 pour 100,

ces interventions, pratiquées dans de mauvaises conditions, sur une femme déjà infectée et éprouvée par la longueur du travail, revêtent une gravité particulière.

L'impossibilité de pouvoir faire avec certitude le pronostic de l'accouchement chez les primipares âgées, la manifestation possible d'une dystocie de l'âge au cours d'un travail au début duquel toutes les conditions avaient pu paraître normales, le caractère imprévisible de ces difficultés, expliquent la nécessité de ces opérations tardives, alors qu'il y a infection ovulaire.

Toutefois, ces cas graves de dystocies de l'âge restent l'exception; nous n'en avons relevé que 5 cas sur 549 cas. Soit 0,9 pour 100.

Rapportée à l'ensemble de nos 549 cas, la mortalité, due uniquement à ces interventions de nécessité, n'est plus que de 0,35 pour 100.

La délivrance a été naturelle dans 520 cas; artificielle dans 29 cas, soit 5 pour 100 des cas, et 23 fois nécessitée par hémorragie consécutive à un long travail.

La mortalité fœtale a été de 8 pour 100, chiffre légèrement inférieur à la statistique d'ensemble des primipares qui atteint 9,2 pour 100.

En conclusion :

La seule notion d'âge n'est pas une indication suffisante par elle-même pour pratiquer des interventions systématiques; mais avant un travail qui peut être long, il faut éviter les risques de dystocie complexe et pour ce faire, intervenir rapidement, par voie haute, comme méthode de plus grande sécurité.

CONCLUSIONS

1. Dans la moitié des cas environ, les primipares âgées de plus de 30 ans ont été tardivement réglées. Plus rarement elles présentent des antécédents de métrite chronique.
2. La difficulté du diagnostic de gestation peut tenir à la présence de fibromes. Le diagnostic obstétrical peut être gêné par la présence de volumineux fibromes.
3. La gestation est caractérisée par la fréquence de l'albuminurie. Dans 11 pour 100 des cas la gestation n'arrive pas à terme.
4. Les présentations podaliques représentent 6,2 pour 100 du total des présentations. Dans le cas de présentations podaliques, l'utérus est fibromateux dans un tiers des cas.
5. La mauvaise tonicité de l'utérus se traduit par le non engagement de la tête à la fin de la gestation dans 74 pour 100 des cas.
6. Il n'est pas possible d'établir avec exactitude le pronostic du travail chez la primipare âgée; la dystocie du travail a un caractère imprévisible.
7. L'allongement du temps d'accouchement des primipares âgées porte sur la période de dilatation et la période d'expulsion.
8. La période de dilatation se caractérise par la fréquence de la rupture intempestive des membranes, de l'inertie utérine, de l'œdème du col; la période d'expulsion par les lésions périnéales aggravées par le grand nombre de forceps et d'interventions par voie basse.

9. La délivrance est souvent accompagnée d'hémorragies par inertie après un long travail.
 10. Les fibromes constituent à eux seuls 45 pour 100 des cas de dystocies; la présentation du siège est la plus dystocique des présentations longitudinales.
 11. Le pourcentage des interventions atteint 24 pour 100 pour les forceps, 6 pour 100 pour les interventions par voie haute.
 12. Pratiquées sur des femmes fatiguées et souvent infectées, les interventions par voie haute, imposées par la dystocie du travail, revêtent une gravité particulière et sont souvent mutilatrices.
 13. Vu l'importance de l'imprévu dans la marche de l'accouchement, il est prudent de recommander l'accouchement de ces femmes dans une maternité.
 14. La mortalité fœtale est augmentée et atteint 9,8 pour 100. Cette mortalité est en relation avec l'âge de la mère, dans 66 pour 100 des cas.
-

BIBLIOGRAPHIE

- Bigex.* — Thèse de Paris, 1899-1900, n° 505. Les fibromes de l'utérus chez les primipares âgées.
- Bertrand.* — Thèse de Paris, 1911-1912, n° 160. La stérilité d'origine blennorragique.
- Boncour.* — Thèse de Paris, 1903-1904, n° 462. Pronostic de l'accouchement chez les primipares âgées.
- Bonnedame.* — Thèse de Paris, 1910-1911, n° 197. Contribution à l'étude de l'accouchement chez les primipares âgées.
- Brindeau et H. Hinglais.* — Gynécologie et obstétrique, 1932, tome 25, page 177. — Contribution à l'étude de l'emploi de la lapine dans le diagnostic biologique de la grossesse.
- Brindeau et Jeannin.* — Pratique de l'art des accouchements.
- Buisson.* — Thèse de Paris, 1927, n° 24. Contribution à l'étude des fibromes après la ménopause.
- Caillods.* — Thèse de Paris, 1907-1908, n° 389. Grossesse et accouchement chez les primipares âgées. Pronostic pour l'enfant.
- Chapotin.* — Thèse de Paris, 1904-1905, n° 210. Menstruation tardive et fécondité.
- Courgenou.* — Thèse de Paris, 1899-1900, n° 203. Contribution à l'étude de l'accouchement chez les primipares âgées.
- Courtade.* — Thèse 1883-1884, n° 368. De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares âgées.
- Couvelaire.* — Anomalies de la dilatation du col pendant le travail. Leçon de la clinique Baudelocque, 1930.
- Cotte.* — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme.
- Demelin et Devraigne.* — Manuel de l'accoucheur.
- Deresse.* — Thèse de Paris, 1913-1914, n° 189. Des causes qui empêchent les femmes d'allaiter. Moyens d'y remédier.
- Dubé.* — Thèse de Paris, 1895-1896, n° 583. De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares.

- Essen Möller.* — Le travail chez les primipares ayant dépassé quarante ans. *Acta obstetrica et gynecologia Scandinavica*. Vol. VIII, fasc. 2, 1929, pages 103-111.
- Finot.* — Thèse de Paris, 1910-1911, n° 113. Menstruation et fécondation.
- Girard.* — Thèse de Paris, 1922, n° 10. Contribution à l'étude clinique des œdèmes du col utérin pendant la parturition et leur traitement.
- Hruszeck.* — Thèse de Paris, 1929, n° 198. Indications et résultats des myomectomies pendant la gestation. Observations de la clinique Baudelocque de 1921 à 1927.
- Hiblot.* — Thèse de Paris, 1912-1913, n° 192. Du pronostic éloigné de l'albuminurie chez les femmes enceintes.
- Jamain.* — Thèse de Paris, 1906-1907, n° 371. Fibromes utérins et puerpéralité.
- Lefebvre.* — Thèse de Paris, 1922, n° 350. L'avenir obstétrical des femmes ayant subi la myomectomie abdominale.
- Losell.* — Pronostic des primipares âgées. *Acta obstetrica et gynecologia scandinavica*, 1931, tome 11, pages 153-163.
- Linden.* — Pronostic du travail chez les primipares âgées. *Acta obstetrica et gynecologia Scandinavica*, 1929, tome 8, page 35.
- Luiggi.* — Thèse de Paris, 1926, n° 53. De la mobilité de la tête fœtale chez les primipares à la fin de la grossesse.
- Mas.* — Wiener Klinische Wochenschrift, tome XLII, n° 28, 11 juillet 1929, pages 935-938. Notre expérience avec les primipares âgées.
- Marchand.* — Sur l'étiologie du siège. Thèse Paris 1913-1914, n° 180.
- Oni.* — Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie, septembre-octobre 1896, pages 261-286. L'accouchement chez les primipares âgées.
- Pinard.* — Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes.
- Roussy.* — Thèse de Paris, 1933, n° 145. Contribution à l'étude de l'étiologie et du pronostic immédiat de la prématuration.

Sénellart. — Thèse de Paris, 1905-1906, n° 116. De la durée du travail dans ses rapports avec le poids de l'enfant et le terme de la grossesse chez les primipares.

Schulze. — Le travail chez les primipares âgées. *Journal of American Med. Assoc.*, 14 septembre 1929, tome 93, pages 824-830.

Toffin. — Thèse de Paris, 1911-1912, n° 198. Contribution à l'étude des anomalies de la dilatation du col utérin au cours de l'accouchement à terme après rupture prématurée ou précoce des membranes.

Vabois. — Thèse de Paris 1923, n° 127. Indications et résultats de l'application de forceps. Statistique de la clinique Baudelocque.

Varnier. — Obstétrique journalière.

Vignes. — Thèse de Paris, 1913-1914, n° 234. Notes et recherches sur la menstruation.

Vignes et Lemant. — Probandiagnostic de la grossesse. *Le Progrès Médical*, 24 décembre 1932, pages 2305-2309.

Puppel. — Le travail chez les primipares âgées. *Zentralblatt. für Gynæk.*, 17 décembre 1932, tome 56, pages 3067-3074.

Gestation et Accouchement chez les Primipares âgées

VU ET APPROUVÉ :

PARIS, LE 17 NOVEMBRE 1933.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

ROUSSY.

*Vu le Président
Conseiller*

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

